

TEORÍA

EL CONCEPTO DEL SELFOBJETO Y EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGÍA PSICOANALÍTICA DEL SELF

(Rev GU 2006; 2; 1:55-60)

André Sassenfeld¹

La teoría clásica del psicoanálisis, que ha sido descrito como psicología unipersonal (Bacal, 1990; Modell, 1984), afirma que los pacientes sufren de conflictos intrapsíquicos que, en alguna medida, son inconscientes y que determinan de distintas maneras el comportamiento y la sintomatología actual de la persona en cuestión. Desde este punto de vista, terapéuticamente los pacientes necesitan a un analista neutral y desinvolucrado –tan objetivo como sea posible– que sea capaz de comprender el origen y la psicodinámica de tales conflictos internos y que pueda, mediante la comunicación de interpretaciones y mediante la facilitación del proceso analítico de elaboración, contribuir a que el paciente llegue a entender lo que su terapeuta le comunica por sí mismo. Una comprensión genuina del paciente respecto de las determinantes intrapsíquicas e inconscientes fundamentales de su situación presente puede conducir, de acuerdo a la teoría psicoanalítica tradicional de la técnica terapéutica, al cambio de la personalidad y a la resolución de los síntomas manifiestos.

EL CONCEPTO FUNDAMENTAL DEL SELFOBJETO EN LA PSICOLOGÍA PSICOANALÍTICA DEL SELF

Desde la perspectiva de la psicología psicoanalítica del self, siguiendo a Bacal (1990), el hecho de optar por convertirse en paciente implica una expectativa legítima de experimentar al analista y sus reacciones como portadores de ciertas funciones relacionales que han estado ausentes o que no han sido vivenciadas de

modo óptimo en vínculos interpersonales anteriores. Más allá, los pacientes anhelan encontrar, por medio del proceso psicoterapéutico, una forma concreta y eficaz de aliviar las consecuencias psicopatológicas y de reparar los daños que han sufrido en el contexto de todas aquellas experiencias vinculares que perjudicaron, de distintos modos, el desarrollo de su self. Greenberg y Mitchell (1983) añaden que, desde el punto de vista de Kohut, la “situación analítica no es definida en términos

¹ Psicólogo Departamento de Psicología y Facultad de Odontología, Universidad de Chile. E-mail: asjorquera@hotmail.com

de un observador neutral que interpreta procesos de pulsión y defensa dentro del paciente, sino en términos de un campo interpersonal en el cual la participación del analista es esencial” (p. 356).

Para Bacal (1998b) y Riera (2002), el reconocimiento de que los pacientes no experimentan al analista como objeto hacia el cual dirigen deseos conflictivos inconscientes con la finalidad de descargar impulsos instintivos, sino que experimentan la necesidad de encontrar un objeto relacional cuyas respuestas sean capaces de evocar y afectar de modo positivo su sentimiento de sí mismos, desembocó en la conceptualización del selfobjeto. El selfobjeto es el concepto central de la psicología psicoanalítica del self en cuanto une su énfasis sobre la experiencia del self y su perspectiva relacional.² “Un objeto es un selfobjeto cuando es experimentado intrapsíquicamente como cumpliendo funciones en una relación que despiertan, sostienen o influyen de modo positivo el sentimiento del self” (Bacal, 1990, p. 279); estrictamente, tal como indica Wolf (1988), un selfobjeto no es ni self ni objeto, sino el aspecto subjetivo de una función que es ejercida por medio de una relación. El concepto hace referencia a una vivencia intrapsíquica y no describe la relación interpersonal entre el self y otras personas.

“Según la comprensión más fundamental de la psicología del self, para la emergencia del self es necesario más que la tendencia innata a organizar las experiencias. Es necesaria la presencia de otros, llamados técnicamente *objetos*, que ponen a disposición ciertas experiencias que le posibilitan al self su *surgimiento* y su *mantención*. El término para esto, quizás un tanto engorroso, es *experiencias selfobjetales*, habitualmente abreviado como *selfobjetos*. Experiencias selfobjetales adecuadas favorecen la *cohesión* estructural y la *fuerza vital* del self; experiencias selfobjetales insuficientes conducen, con facilidad, a una *fragmentación* y a un *vacío* del self. Todo ser humano requiere, desde su infancia hasta el final de su vida, al igual que alimentación y oxígeno, experiencias selfobjetales acordes a su edad” (Wolf, 1988, p. 26, cursivas del original)

Kohut llegó a describir tres diferentes necesidades selfobjetales cuya satisfacción –un proceso que las convierte, en el acto, en experiencias selfobjetales– es primordial para el establecimiento y el sostenimiento de la coherencia y la organización del self: (1) experiencias especulares [*mirroring*], que consisten en vivencias

de reconocimiento, aceptación, confirmación y estimación del self en términos de su grandeza, unicidad y totalidad; (2) experiencias de idealización, que están relacionadas con vivencias de fusión con, o de sentirse parte de, un otro significativo que es percibido como figura que encarna tranquilidad, fuerza, sabiduría y bondad y que, más allá, es admirado y reconocido por las cualidades de las cuales el self siente que carece; y (3) experiencias alter-ego o gemelares, que se refieren a vivencias de la presencia de un otro significativo que es percibido como figura esencialmente similar al self (Bacal, 1990, 1998b; Kohut, 1977, 1984; Wolf, 1988).

Con posterioridad los psicólogos del self han definido otras necesidades y experiencias selfobjetales, entre las cuales son relevantes las experiencias aversivas, en las cuales el self ve confirmada parcialmente su autonomía, al experimentar al selfobjeto como fuerza que se diferencia de él pero que, al mismo tiempo, sigue siendo apoyadora y responsiva; las experiencias de eficacia, en las cuales el self experimenta que ejerce influencia sobre el selfobjeto y que es capaz de buscar y evocar experiencias selfobjeto necesitadas; y, además, experiencias de delineación del self, las cuales contribuyen a la articulación y validación del mundo personal de experiencia y, con ello, al establecimiento de su sentido de realidad (Atwood y Stolorow, 1992; Bacal, 1998b; Wolf, 1988). Para Bacal (1998b), todas “ellas evocan el sentido del self de forma significativa e importante; esto es, son experiencias selfobjetales” (p. 149).

La psicología psicoanalítica del self afirma que, en el transcurso del desarrollo psíquico, el naciente individuo necesita que los selfobjetos que conforman su entorno humano inmediato reconozcan y validen sus diversas necesidades selfobjetales a través de su capacidad de entonamiento [*attunement*] empático respecto del self emergente y que, a continuación, las satisfagan a través de medios adecuados a la edad del individuo. El establecimiento y la mantención de un sentido coherente y vital del self, que se traduce en una experiencia personal de bienestar, equilibrio y auto-regulación afectiva, depende de la presencia y adecuación de reacciones empáticas y sintonizadas por parte de selfobjetos significativos. La ausencia y la inadecuación de ciertas respuestas de los selfobjetos de la infancia tiene como consecuencia, en alguna medida, la aparición de diferentes tipos de sintomatología y de organizaciones psicopatológicas del self con las consiguientes vivencias de malestar, desequilibrio y falta de auto-regulación afectiva –un estado que los psicólogos del self a menudo llaman fragmentación (Bacal, 1990; Greenberg y Mitchell, 1983; Kohut y Wolf, 1978; Wolf, 1988, 1995).

² Hemos optado por traducir el término inglés original *self-object* como *selfobjeto*.

EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO EN EL CONTEXTO DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Las consideraciones acerca del desarrollo y la psicopatología que anteceden tienen una enorme relevancia para comprender el proceso psicoterapéutico en el contexto del vínculo entre paciente y analista desde la perspectiva de la psicología psicoanalítica del self. Tal como indica Wolf (1989, 1998a, 1998b), en un tratamiento psicoanalítico que emplea como marco de referencia la psicología del self se producen dos procesos terapéuticos distintos pero complementarios. Wolf llama a uno de ellos proceso atmosférico, un proceso que se produce en cuanto una persona, cuya matriz de selfobjetos de la infancia ha incurrido en determinadas fallas empáticas respecto de algunas de sus necesidades selfobjetales, se encuentra en un ambiente relacional con el psicoterapeuta que es responsivo, cálido y aceptador y que está sintonizado con esas necesidades selfobjetales que han sido frustradas históricamente, y con su satisfacción.

El proceso terapéutico atmosférico posibilita al paciente reactivar y retomar el desarrollo de ciertas potencialidades que el entorno infantil de sus selfobjetos fue incapaz de estimular y que, por lo tanto, están congeladas. Para personas cuyas dificultades están ligadas, de modo principal, a un cierto grado de privación de la satisfacción de ciertas necesidades selfobjetales, en ocasiones la participación en un proceso terapéutico atmosférico que permite la superación de una detención evolutiva puede resultar suficiente. Wolf (1989) agrega:

“Para un pequeño número de pacientes, el entorno aceptador de la terapia posiblemente sea la primera oportunidad en su vida de disponer de un medio que promueve la sanación del self. Un entorno que le permite desarrollarse a aquellos aspectos del self cuyo desarrollo, hasta entonces, estaba inhibido –un ambiente en el cual está presente una persona respetada que se interesa de modo serio, desprejuiciado y empático por las vivencias del paciente” (p. 113).

El analista es experimentado como un otro comprensivo que está dispuesto a cumplir las necesidades funciones selfobjetales y que puede proveer experiencias selfobjetales de los diversos tipos descritos por Kohut y sus colaboradores. En este sentido, de acuerdo a Greenberg y Mitchell (1983), es de gran importancia que el analista permita al paciente apropiarse de la relación terapéutica y consolidarla.

No obstante, muchos pacientes no sólo han sufrido privación o déficit sino también, en alguna medida, han estado expuestos a experiencias de traumatiza-

ción y sufren de consecuentes defectos del self –tenden a vivir en un estado continuo de vulnerabilidad y exhiben una tendencia hacia la fragmentación del self cuando sus selfobjetos actuales no responden de forma empática a sus necesidades selfobjetales. Wolf (1998a) reconoce que, en estas circunstancias, es indispensable algo más que una atmósfera terapéutica como aquella que hemos descrito con anterioridad, ya que apenas el individuo puede beneficiarse de una atmósfera vincular de tales características sus necesidades selfobjetales traumáticamente frustradas reviven, aparecen en la superficie y se concentran, mediante la relación transferencial, en la persona del terapeuta experimentada como selfobjeto significativo.

Sin embargo, a diferencia del concepto psicoanalítico clásico de la transferencia, la psicología del self supone que la relación transferencial no sólo incluye elementos derivados de necesidades selfobjetales infantiles y arcaicas sino también elementos derivados de necesidades selfobjetales actuales y acordes a la edad y etapa evolutiva en la que se encuentra el paciente (Bacal, 1990; Wolf, 1988). Además, los psicólogos del self subrayan que no se trata en lo fundamental de una transferencia de impulsos instintivos sino, más bien, de la transferencia de necesidades humanas básicas –infantiles y maduras– que buscan satisfacción para contribuir al desarrollo global continuado del self.

Recordemos que Kohut (1984) enfatizó en diversas ocasiones su convicción de que las necesidades de ciertas respuestas por parte de los selfobjetos relevantes se mantienen vigentes durante todo el ciclo vital y no culminan en un estadio del desarrollo caracterizado por la independencia, la autonomía y la auto-suficiencia, como piensan otros teóricos. Estas últimas características siempre serán relativas y no pueden reemplazar la necesidad y dependencia respecto de otras personas. “Paradójicamente, cuanto mayor es la experiencia de interpenetrabilidad con los selfobjetos (a nivel familiar, social, profesional) mayor es también la vivencia de fortaleza y de independencia del self” (Riera, 2002, p. 104).

La segunda situación clínica mencionada es el punto de partida del segundo proceso terapéutico descrito por los psicólogos del self: el proceso terapéutico de interrupción y restablecimiento del vínculo selfobjetal que el paciente forma con el analista (Bacal, 1990; Kohut, 1984; Wolf, 1988, 1989, 1998b). Durante un tiempo, es posible que el analista sea capaz de sostener el self frágil de estos pacientes mediante reacciones respecto del otro que constituyen lo que Kohut (1984) denominó una matriz selfobjetal silenciosamente sostenedora, en parte establecida por la transferencia selfobjetal positiva que el paciente desarrolla de manera espontánea

en las fases tempranas de la psicoterapia. Es decir, en un comienzo, la persona, que transfiere al terapeuta sus necesidades selfobjetales insatisfechas infantiles y maduras, puede sentir que sus necesidades selfobjetales son reconocidas, aceptadas y legitimadas y, con ello, se convierten en experiencias selfobjetales con el analista que reemplazan las frustraciones históricas que se produjeron con las figuras de apego de la infancia.

Por otro lado, también es posible que el miedo más o menos consciente a volver a sufrir una traumatización similar a aquella sufrida con los selfobjetos originales de la infancia, dificulte la manifestación abierta de las necesidades selfobjetales del paciente que se movilizan transferencialmente en la atmósfera terapéutica. De hecho, desde el punto de vista de la psicología psicoanalítica del self, los pacientes vivencian de modo persistente un conflicto entre "la necesidad constante de reacciones selfobjetales por un lado y el miedo del self a una renovada ofensa por otro lado" (Wolf, 1989, p. 117). En este caso, Wolf (1988, 1989) plantea la necesidad de llevar a cabo un análisis interpretativo de la resistencia del paciente contra la expresión e incluso contra la percatación de sus necesidades activadas en la relación, destacando en estas intervenciones particularmente el aspecto vincular –esto es, el hecho de que las resistencias que han surgido están ligadas al temor específico a que se repitan frustraciones traumáticas anteriores en la situación actual con el analista, debido a fallas empáticas y fracasos del entonamiento empático (Bacal, 1990, 1998a; Kohut, 1984; Ornstein, 1998; Wolf, 1988, 1989). Tal como asevera Riera (2002), las resistencias del paciente se convierten en puntos privilegiados para detectar posibles fallas empáticas por parte del terapeuta.

En general, una interpretación de la resistencia de este tipo tiende a promover el establecimiento de una transferencia selfobjetal armónica, en la cual el paciente empieza a manifestar sus necesidades selfobjetales actuales e infantiles respecto del analista. Superar la resistencia equivale, en este contexto, a que el self vulnerado del paciente se atreva a exponerse a la posibilidad de una re-traumatización, confiando en la capacidad y en la disposición del terapeuta para asumir las funciones selfobjetales que el paciente requiere y busca. La vivencia de aceptación y comprensión empática que atraviesa el paciente, siguiendo a Wolf (1989) y Ornstein (1998) fortalece la confianza, la seguridad y la valentía del paciente y es un factor que facilita la superación de las resistencias iniciales.

Tarde o temprano, la condición humana del psicoterapeuta introducirá en la relación terapéutica fallas empáticas e instancias en las cuales el entonamiento

empático del terapeuta respecto de las necesidades selfobjetales del paciente será inadecuado, inexacto y frustrador –p. ej., mediante una interpretación poco empática en un momento inoportuno o cuando el paciente percibe que el analista está más interesado en aplicar sus propias teorías que en comprenderlo. Estas ocurrencias interrumpirán la transferencia selfobjetal armónica que se había desarrollado hasta ese instante, dado que el paciente deja de sentirse comprendido y aceptado. Experimenta el fracaso del entonamiento empático del analista respecto de sus necesidades selfobjetales inicialmente como re-traumatización y, debido a ello, su self fragmenta –esto es, el paciente vivencia un estado interno de cierta desintegración, falta de coherencia y dificultades para la auto-regulación afectiva y, asimismo, el retorno de formas de relación que son más arcaicas o infantiles (Kohut, 1984; Wolf, 1988, 1989). Con ello pierde al menos parte de la confianza en la capacidad empática del terapeuta que había construido.

Este quiebre en la relación terapéutica representa una oportunidad fundamental de cambio (Wolf, 1998a), con la condición de que el psicoterapeuta legitime la percepción del paciente respecto de la falta de comprensión empática por parte del analista, con independencia de si el terapeuta considera que tal percepción está distorsionada por elementos transferenciales infantiles o no. De acuerdo a Wolf (1989), la vivencia del paciente tiene que ser validada antes de poder ser interpretada con provecho. En este sentido, el primer paso del proceso de restablecimiento o restauración del vínculo selfobjetal del paciente con el analista consiste en que el psicoterapeuta reconozca explícitamente su papel y responsabilidad en la precipitación de la disrupción vincular, que se produjo por algo que hizo o por algo que no hizo. Esto no significa que el analista debe sentirse culpable por la situación, sino más bien que acepte, de modo realista, "un rol de participación en la producción mutua de la interacción discrepante [...]" (Wolf, 1998b, p. 245).

Según Kohut (1984), el terapeuta debe tomar nota del retiro del paciente en la relación, buscar cualquier error que pueda haber cometido en la interacción, reconocer su error de manera no defensiva al paciente y, a continuación, ofrecer una interpretación explicativa y no censurante de la dinámica relacional que condujo al retiro y a la frustración del paciente. Esto le exige al analista tacto y comprensión empática respecto de cómo el paciente vivenció la interrupción de la relación selfobjetal armónica. Más allá, esta comunicación incluye la manera en la cual el psicoterapeuta experimentó los eventos. Por lo común, el hecho de que el terapeuta acepte su responsabilidad en la interrupción de la re-

lación terapéutica, generará una discusión más amplia respecto de lo que el paciente experimentó, y es probable que, tanto paciente como analista, se sientan alentados a expresar con libertad sus vivencias y a asumir su contribución a la co-creación de la disrupción vincular (Wolf, 1998b). Además, de acuerdo a Ornstein (1998), esta reparación de la relación trae consigo recuerdos de frustraciones vinculares traumáticas anteriores, que pueden ser elaborados e integrados.

Al proceder de esta forma el analista actúa de modo distinto a como actuaron los selfobjetos de infancia del paciente (Wolf, 1988, 1989, 1998a, 1998b); es capaz de asumir una cierta distancia emocional frente a lo ocurrido y es capaz de aceptar la experiencia del paciente sin insistir en que su propia vivencia es la medida incuestionable de las cosas. Así, en el contexto de un diálogo terapéutico recíproco y caracterizado por la comprensión empática, el paciente atraviesa una experiencia nueva que le es desconocida y que le permite volver a sentirse comprendido y aceptado. Siguiendo a Wolf (1998a), el factor relevante no es principalmente el contenido de las interpretaciones del analista sino la posibilidad de que la interpretación evoque en el paciente una experiencia relacional novedosa y distinta.

Al volver a sentirse entendido y aceptado, el paciente puede restablecer la relación selfobjetal con el analista que había sido interrumpida. Con ello, tal como afirma Kohut (1984), el flujo empático entre paciente y psicoterapeuta que había sido establecido en la transferencia selfobjetal armónica inicial se restaura y el self del paciente vuelve a ser sostenido por una matriz selfobjetal que está empáticamente entonada con sus necesidades selfobjetales. Típicamente, la necesidad de emplear defensas disminuye, el vínculo empático con el terapeuta se fortalece y se hace cada vez menos propenso a nuevas interrupciones y, cuando se repite un quiebre, la fragmentación del self paciente y el afecto que surge con ella tienden a ser de menor intensidad (Wolf, 1988). Asimismo, el self del paciente se fortalece y sus necesidades selfobjetales tienden a asumir formas cada vez más maduras y acordes a la edad de la persona en cuestión. Wolf (1988) considera que "la vivencia de la interrupción y el restablecimiento equivalen a una experiencia de aprendizaje, mediante la cual se origina una estructura del self reordenada o reorganizada" (p. 152).

La diferencia sustancial entre la reacción del analista frente a la disrupción vincular y las experiencias pasadas del paciente con sus selfobjetos infantiles permiten que la interrupción de la relación terapéutica no sea traumática sino terapéutica. Kohut (1984) pensaba que esta particularidad de la situación terapéutica,

que se repite una y otra vez en el transcurso de una psicoterapia conducida de modo apropiado, constituye fallas empáticas que son "óptimas" puesto que son temporales y puesto que pueden ser reparadas. Estas fallas empáticas óptimas llevan, presumiblemente, a la adquisición o construcción de estructura psicológica reguladora de la autoestima y la afectividad por parte del paciente. Este proceso de construcción de estructuras psíquicas "no tiene lugar por medio de la interpretación, sino a través de la experiencia, a través de 'microinternalizaciones' de las funciones del analista como selfobjeto" (Greenberg y Mitchell, 1983, p. 357) –Kohut (1977, 1984) llamaba a esto "internalización transmutadora". Para Wolf (1998b), la internalización transmutadora significa que el self adquiere, a través del proceso psicoterapéutico, la capacidad de funcionar como sustituto del funcionamiento ausente o frustrante que el selfobjeto había exhibido con anterioridad.

Estas consideraciones llevaron a Kohut a sostener que el proceso vincular característico del tratamiento psicoanalítico efectivo es lo que denominaba "frustración óptima" de las necesidades selfobjetales del paciente por parte del analista, un proceso que transcurre en el contexto del proceso de interrupción y restablecimiento de la transferencia selfobjetal armónica y de la relación terapéutica selfobjetal que hemos descrito.

REFERENCIAS

1. Atwood G, Stolorow R. *Faces in a Cloud: Intersubjectivity in Personality Theory* (2. ed.). Jason Aronson, New Jersey, 1992
2. Bacal H. Selbstpsychologie (Selbstobjekt-Theorie): Heinz Kohut. En: Bacal H, Newman K. *Objektbeziehungstheorien: Brücken zur Selbstpsychologie*. Frommann-Holzboog, Stuttgart, 1990, pp. 274-334
3. Bacal H. Optimal responsiveness and the therapeutic process. En: Bacal H (Ed.). *Optimal Responsiveness: How Therapists Heal Their Patients*. Jason Aronson, New Jersey, 1998a, pp. 3-34
4. Bacal H. Optimal responsiveness and the specificity of selfobject experience. En: Bacal H. (Ed.). *Optimal Responsiveness: How Therapists Heal Their Patients*. Jason Aronson, New Jersey, 1998b, pp. 141-170
5. Greenberg J, Mitchell S. Mixed model strategies: Heinz Kohut and Joseph Sandler. En: Greenberg J, Mitchell S. *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Harvard University Press, Cambridge, 1983, pp. 351-378
6. Kohut H. *La restauración del sí-mismo*. Paidós, México, 1977
7. Kohut H. *How Does Analysis Cure?* University of Chicago Press, Chicago, 1984.
8. Kohut H, Wolf E. The disorders of the self and their treatment. *International Journal of Psychoanalysis* 1978; 39: 413-425
9. Modell A. *El psicoanálisis en un contexto nuevo*. Amorrortu, Buenos Aires, 1984
10. Ornstein P. My current view of the psychoanalytic process [online]. Self Psychology Page (www.selfpsychology.org/1998conf/abstracts/pre_Conference_Ornstein.htm), 1998

11. Riera R. Introducción a la psicología del self. En: Kohut H. *Los dos análisis del Sr. Z.* Herder, Barcelona, 2002, pp. 91-126
12. Wolf E. *Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie.* Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1988
13. Wolf E. Anmerkungen zum therapeutischen Prozeß in der Psychoanalyse. En: Kutter P (Ed.). *Selbstpsychologie: Weiterentwicklungen nach Heinz Kohut.* Klett-Cotta, Stuttgart, 1989, pp. 107-124
14. Wolf E. Arten von Selbst-Störungen. En: Kutter P, Paál J, Schöttler C, Hartmann HP, Milch W (Eds.). *Der therapeutische Prozeß: Psychoanalytische Theorie und Methode in der Sicht der Selbstpsychologie.* Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1995, pp. 81-98
15. Wolf E. Interview mit Ernest S. Wolf. En: Hartmann HP, Milch W, Kutter P, Paál J (Eds.). *Das Selbst im Lebenszyklus.* Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1998a, pp. 125-175
16. Wolf E. Optimal responsiveness and disruption-restorations. En: Bacal H (Ed.). *Optimal Responsiveness: How Therapists Heal Their Patients.* Jason Aronson, New Jersey, 1998b, pp. 237-248